

La capacidad funcional de los ancianos españoles

Gloria Fernández-Mayoralas, Vicente Rodríguez Rodríguez

Departamento de Geografía

Instituto de Economía y Geografía

Consejo Superior de Investigaciones Científicas

Correspondencia:

Gloria Fernández-Mayoralas

c/ Pinar 25

28006 Madrid

Resumen:

Fundamentos: El objetivo de este trabajo es analizar la capacidad de los ancianos para realizar actividades de la vida diaria (AVD) y sus factores condicionantes.

Método: La información se obtuvo de la pregunta 36, sobre autovalimiento de ancianos no institucionalizados (3361 individuos de 65 y más años), de la Encuesta Nacional de Salud de 1993. Las AVD se clasificaron en tres grupos (autocuidados, labores domésticas y movilidad), evaluados según sus puntuaciones y en relación con variables socio-demográficas y sanitarias obtenidas de la misma fuente.

Resultados: Cerca del 80% de los ancianos son autónomos y su grado de autonomía depende del esfuerzo, especialización o movilidad requeridas. Los más viejos, las mujeres, los viudos y quienes declaran peores condiciones de salud son más "incapaces". La soledad sólo influye en la autonomía para las labores domésticas. No se observaron diferencias según el estatus social y el tamaño de hábitat de residencia.

Conclusiones: El rol social del individuo, según su sexo y estado civil, es un factor fundamental para comprender la autonomía en unas u otras AVD. Las enfermedades menos severas influyen especialmente, por su mayor prevalencia, sobre la capacidad funcional de los ancianos. Otras variables (hábitat o estatus social) requieren un análisis más específico no previsto en esta fuente.

Palabras clave: Incapacidad. Actividades de la vida diaria. Estado de salud. Población vieja. España. Encuesta Nacional de Salud.

Summary:

Background: To analyse the ability of the elderly people to carry out activities of daily life (ADL) and their conditioning factors.

Method: The National Health Survey (Ministry of Health, 1993) was used to measure the functional ability of non-institutionalized people aged 65 years and over (3361 individuals) in three groups of activities: self-maintenance, household and mobile activities. Their scores were associated with sociodemographic and health variables obtained from the same source.

Results: Eight out of ten elderly in Spain are able to develop any ADL without help, according to their required physical effort, handiness or mobility. Older, females, widowed and those referring bad health conditions are usually more unable. Loneliness is associated with the ability for household activities. Social status and size of place of residence do not seem to affect functional disability using this source.

Conclusions: Social roles, by gender and marital status, contribute to a better knowledge of the elderly's independence for doing some or other ADL. More prevalent but less serious diseases have a particular influence on non-institutionalized elderly. Variables as social status or size of place of residence require a more specific analysis.

Key words: Disability. Daily life activities. Health status. Elderly people. Spain. National Health Survey.

Introducción

Hablar de incapacidad entre la población mayor supone tomar en cuenta dos facetas, la propia situación del anciano y la estructura del entorno que le rodea. Es una ley conocida que la biología humana se deteriora con la edad (envejecimiento biológico) ya que las funciones vitales tienden a presentar mecanismos que limitan las actividades normalmente desarrolladas en etapas anteriores de la vida de la persona, admitiéndose cuatro criterios asociados al envejecimiento biológico: es universal a toda la población, es un proceso progresivo, es intrínseco al organismo humano y es degenerativo del mismo¹. Por otra parte, las circunstancias en las que se desenvuelve la vida del anciano (jubilación, empleo del tiempo libre, actividades diarias) afectan a dichas funciones vitales, siendo el lugar donde se desarrollan aquéllas un condicionante esencial.

La incapacidad puede ser definida como el conjunto de consecuencias que los problemas de salud imponen a una persona cuando quiere realizar tareas en su vida diaria² o como cualquier falta de capacidad para desarrollar una actividad considerada normal para una persona, aunque a veces se confundan conceptos como deterioro, incapacidad o hándicap físico³, insistiendo en el aspecto físico, relacionado con la salud. Su medición lleva aparejadas otras cuestiones, tales como identificar qué incapacidad debe analizarse (física o funcional), qué actividades las definen, qué factores pueden condicionarlas, o qué medidas se pueden tomar ante una situación de incapacidad. Estas últimas no son objeto de este trabajo.

La incapacidad más fácilmente aprehensible es la de origen físico. Las enfermedades entre los viejos son una realidad demasiado frecuente como para dudar de su influencia, aunque no siempre prevalencia equivalga necesariamente a limitación o incapacidad⁴. Otros indicadores objetivos (días de estancia en cama, enfermedades diagnosticadas y tratadas) y subjetivos (estado de salud autodeclarado), así como los rasgos demográficos y socioeconómicos de los viejos, ayudan a explicar su incapacidad física⁵. A pesar de todo ello, la "compresión de la morbilidad" es un hecho cada día más irrefutable: "a causa de las mejores prácticas de salud, de cuidados y otros factores, la sociedad moderna está postponiendo cada día la enfermedad y la discapacidad hasta edades más avanzadas"⁶.

La incapacidad funcional se relaciona de una forma más directa con la necesidad de asistencia para soportar las actividades de la vida diaria. No es necesario la existencia de malas condiciones físicas para que un anciano tenga una clara incapacidad funcional, si las condiciones sociales o económicas limitan notablemente su autonomía personal⁷, o si lo hacen los roles sociales entre hombres y

mujeres, o también la predisposición a aceptar ayuda y soporte social, diferente según sexos⁴. Para su estudio se suelen emplear técnicas de microanálisis social de grupos concretos y en espacios pequeños de referencia.

Tratar de identificar los factores que influyen en el desempeño de actividades puede ser un propósito sencillo de diseñar, pero no tanto de llevar a cabo. Desde una perspectiva teórica, el sexo, la edad, las condiciones socioeconómicas, el hábitat de residencia y los componentes de la salud son las variables condicionantes esenciales^{4,7,8,9,10}. Sin embargo, desde una posición práctica, las cuestiones metodológicas y de fiabilidad y validez de la información suelen imponer restricciones decisivas para definir bien estos factores. Cuando las condiciones lo permiten, se suelen desarrollar interpretaciones que tienen en cuenta los componentes de la incapacidad, lo que implica un diseño de las relaciones causales entre las variables-criterio a través de un modelo multifactorial. Desde esta perspectiva, Liang experimentó un esquema de análisis con cinco dimensiones (enfermedades crónicas, días de enfermedad, autocuidados, actividades domésticas y percepción de la salud), a su vez compuestas por otras variables definitorias¹¹.

El objetivo de este trabajo es hacer un análisis de la capacidad de las personas mayores para realizar actividades diarias de acuerdo con los factores específicos a este grupo humano. A partir de la bibliografía científica se hace un repaso de los tipos de medidas, sus ventajas y limitaciones, para una mejor interpretación de esta cuestión entre los viejos españoles.

Material y métodos

La información necesaria se obtiene a partir de la pregunta 36 del Cuestionario de Adultos de la Encuesta Nacional de Salud de 1993 (en adelante ENSE93) ("Voy a hacerle unas preguntas sobre algunas actividades corrientes de la vida de cualquier persona y querría saber si es Vd. capaz de realizarlas sin ayuda, con ayuda o si no es capaz de realizarlas de ninguna manera"), referida a personas mayores de 65 años, en total, 3361 individuos, el 16% de la muestra.

Los instrumentos de medición de actividades de la población vieja son diversos, según se desprende de la bibliografía de referencia^{2,3,4,5,7,8,12,13,14}, pero no suelen tener objetivos, dimensiones y aplicaciones comparables entre sí. Tres problemas afectan a su utilidad: una gran cantidad de "ítems" evaluados, lo que significa muchas veces una falta de concreción teórica de la incapacidad personal; la dificultad de agregación de sus componentes multidimensionales limita su comparación; y, por último, la fiabilidad de la información obtenida al usar diversos métodos (ob-

servación directa, autocumplimentación,...) condiciona su validez general^{3,14}.

Los instrumentos de medición suelen recoger tres tipos de actividades. Las primeras inciden en el aspecto físico de la persona, su salud, que condiciona de forma más directa su capacidad para desarrollar tareas diarias, y que es evaluada con medidas objetivas (número de enfermedades, días en cama, medicación, etc.). Los resultados no siempre son homogéneos porque la salud no puede considerarse como un fenómeno "unidimensional", sino con diversos componentes, alguno de los cuales son subjetivos como la percepción del propio estado de salud o la autodeclaración de síntomas o dolencias. Este tipo no es investigado directamente en la ENSE93.

Las actividades de la vida diaria o de autocuidados (ADL, en terminología inglesa, activities of daily life) comprenden todas aquellas tareas básicas diarias relacionadas con el mantenimiento y el cuidado personal⁵, es decir, con "las dimensiones prácticas de la salud"¹⁴. Existe un conjunto básico de actividades que aparece en todas las medidas ("alimentarse", "asearse", " ducharse o bañarse", "vestirse", en diversas opciones), mientras que hay otras funciones corporales, como la excreción o continencia, no siempre valoradas como generadoras de incapacidad¹⁴.

En tercer lugar están las actividades domésticas, de tipo instrumental (instrumental activities of daily life, IADL, en inglés), que suponen el manejo de utensilios caseros y que no suelen estar caracterizadas por un conjunto homogéneo de items, quizás por la propia definición de actividad instrumental. El mayor grado de complejidad en su ejecución se relaciona con la pérdida de movilidad, pero también con los componentes afectivos y sociales del comportamiento de la persona y sus roles sociales y familiares para el desempeño de estas actividades. Un problema destacado en su medición es la no discriminación entre tareas desarrolladas en el interior de la casa (labores domésticas, propiamente dichas) y fuera de ella (que requieren una mayor movilidad).

Los datos originales de la ENSE93 han sido transformados de la siguiente forma:

- a) identificación de grupos funcionales de actividades (autocuidados, labores domésticas y aquellas que implican movilidad), con rasgos comunes para las personas de 65 ó más años, válidas no institucionalizadas (Tabla 1), mediante la asignación a dichos grupos de los 27 ítems encuestados, aunque algunos de ellos puedan ofrecer una cierta ambigüedad para su encaje (ej. "quedarse sólo toda la noche", "levantarse de la cama y acostarse")
- b) generación de tres variables (referidas a los tres grupos) que resumen la puntuación total para cada individuo, obviando el valor 9 de la categoría NS/NC.
- c) obtención de otras tres variables con las puntuaciones

medias (al dividir la puntuación total en cada actividad entre el número de actividades asignadas a cada grupo). De esta forma se consigue una escala de puntuación de 1 a 3 en cada actividad para cada individuo, de manera que las puntuaciones, cuanto más se separen del valor 1 más cercanas estarán a una situación de incapacidad en la persona.

Hay otras vías para medir la incapacidad basadas en el desarrollo, parcial o conjunto, de varias funciones con el fin de evaluar la "dependencia/independencia", como es el caso del índice de Katz o de Barthel³. En el estudio sobre la Comunidad de Madrid se aplicó el primero de ellos, denominándolo índice de incapacidad funcional¹⁵.

- d) elección de variables de control que quizás afectan al comportamiento de la población vieja en su vida diaria (autovaloración del estado de salud y algunas patologías crónicas, entre las variables de carácter sanitario; edad, sexo, estado civil, situación de convivencia y estatus social, entre los factores personales y sociales; y el tamaño del hábitat, entre los factores geográficos).

Resultados

Un primer hecho destacado es que, como consecuencia del tipo de población encuestada (válida no institucionalizada), la mayor parte de los ancianos (en torno al 80%) pueden ser considerados como independientes ya que son capaces de desarrollar sin ningún tipo de ayuda las tareas diarias, siendo el porcentaje de incapacidad, por tanto, muy reducido (en general, menos del 5% no pueden realizarlas de ninguna manera) para el conjunto de cada actividad (Tabla 1).

Los tres grupos de actividades son distintos entre y dentro de sí. En las actividades de mantenimiento personal (autocuidados) se observa el mayor porcentaje de ancianos autónomos (86% como promedio), con una variación muy pequeña entre todas las actividades (coeficiente de variación: 6,9%), frente a una significación muy baja de los que no pueden cuidarse sin ayuda (2,6%) presentando una variación interna superior al 100%. Tres actividades marcan la diferencia dentro de este grupo por su dificultad: casi un 10% de los ancianos españoles no pueden por sí mismos "cortarse las uñas de los pies" (y un porcentaje algo superior necesita alguna ayuda); proporciones ligeramente inferiores de viejos requieren de ayuda para " ducharse y bañarse" y necesitan de alguien que se quede con ellos durante la noche. En las labores domésticas se mantiene la misma ley: el 82% son viejos autónomos (con una variación dentro del grupo del 5%), frente a un 11,5% que no lo son; existen diferencias apreciables entre labores sencillas y rutinarias ("preparar el desayuno" o "la comida", "cortar una rebanada de pan" o "fregar los platos",

Tabla 1. Actividades de la vida diaria de la población mayor de 65 años. ENSE93

Escalas actividades	Puede hacerlo sin ayuda		Puede hacerlo con ayuda		No puede hacerlo de ninguna manera		No contesta	
	R*	(%)	R*	(%)	R*	(%)	R*	(%)
Autocuidados								
Tomar sus medicinas (acordarse de cantidad y momento en que las tiene que tomar)	2941	(87,5)	168	(5,0)	40	(1,2)	212	(6,3)
Comer (cortar la comida e introducirla en la boca)	3025	(90,0)	68	(82,0)	32	(1,0)	236	(7,0)
Vestirse y desnudarse y elegir la ropa que debe ponerse	3024	(89,9)	95	(2,8)	23	(0,7)	219	(6,6)
Peinarse (mujer), afeitarse (hombre)	3025	(90,0)	92	(2,7)	26	(0,8)	218	(6,5)
Cortarse las uñas de los pies	2439	(72,6)	372	(11,0)	329	(9,8)	221	(6,6)
Lavarse la cara y el cuerpo de la cintura para arriba	2967	(88,3)	123	(3,6)	47	(1,4)	224	(6,7)
Ducharse y bañarse	2777	(82,6)	301	(8,9)	63	(1,9)	220	(6,6)
Quedarse solo durante toda la noche	2902	(86,3)	116	(3,4)	121	(3,6)	222	(6,7)
Labores domésticas								
Utilizar el teléfono (buscar el número y marcar)	2871	(85,4)	176	(5,2)	108	(3,2)	206	(6,2)
Comprar comida o ropa	2785	(82,8)	236	(7,0)	134	(4,0)	206	(6,2)
Preparar su propio desayuno	2953	(87,9)	114	(3,4)	82	(2,4)	212	(6,3)
Preparar su propia comida	2870	(85,4)	175	(5,2)	86	(2,6)	230	(6,8)
Cortar una rebanada de pan	3036	(90,3)	70	(2,1)	37	(1,1)	218	(6,5)
Fregar los platos	2866	(85,3)	133	(4,0)	119	(3,5)	243	(7,2)
Hacer la cama	2748	(81,8)	230	(6,8)	140	(4,2)	243	(7,2)
Cambiar las sábanas de la cama	2673	(79,5)	271	(8,1)	163	(4,8)	254	(7,6)
Lavar ropa ligera a mano	2615	(77,8)	229	(6,8)	235	(7,0)	282	(8,4)
Lavar ropa a máquina	2678	(79,6)	221	(6,6)	187	(5,6)	275	(8,2)
Limpiar la casa o el piso (fregar el suelo, barrer)	2537	(75,5)	307	(9,1)	251	(7,5)	266	(7,9)
Limpiar una mancha del suelo	2576	(76,6)	268	(8,0)	256	(7,6)	261	(7,8)
Coser un botón	2683	(79,8)	182	(5,4)	222	(6,6)	274	(8,2)
Movilidad								
Coger el autobús, metro, taxi, etc.	2635	(78,4)	347	(10,3)	156	(4,6)	223	(6,7)
Administrar su propio dinero (pagar recibos, tratar con el banco, firmar cheques)	2890	(86,0)	180	(5,3)	71	(2,1)	220	(6,6)
Andar (con o sin bastón)	3000	(89,3)	117	(3,5)	25	(0,7)	219	(6,5)
Levantarse de la cama y acostarse	2973	(88,4)	125	(3,7)	43	(1,3)	220	(6,6)
Subir diez escalones	2735	(81,3)	302	(9,0)	107	(3,2)	217	(6,5)
Andar durante una hora seguida	2482	(73,8)	286	(8,5)	366	(10,9)	227	(6,8)

R*: Respuestas

que entre el 5% y el 10% de los viejos hacen con alguna ayuda o no hacen), y aquéllas que requieren un mayor esfuerzo físico y especialización como "lavar la ropa", "cambiar las sábanas", "limpiar la casa" o "coser un botón" (con valores de incapacidad cercanos al 15%). En lo que se refiere a las actividades que implican movilidad el esquema es similar, con uno de cada diez viejos que no es

autónomo totalmente, pero con una notable disparidad entre actividades verdaderamente móviles ("coger el autobús.." o "andar durante una hora"), con más del 15% de los ancianos presentando dificultades para hacerlas, y otras de movilidad más rutinaria ("andar", "levantarse de la cama") con valores más reducidos.

Una valoración más profunda del desempeño de estas

Figura 1. Escalas de Actividades

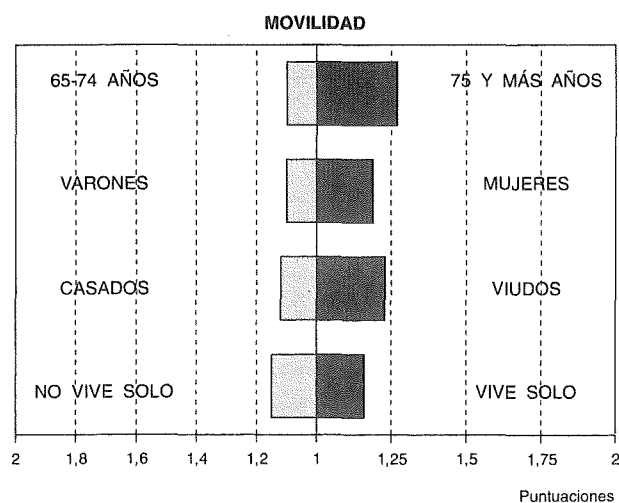
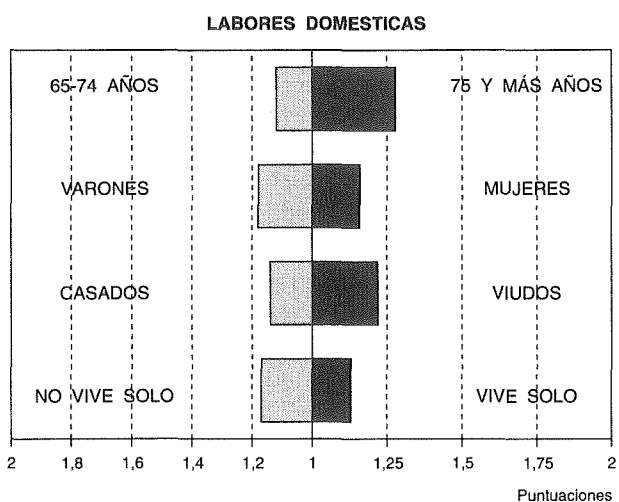
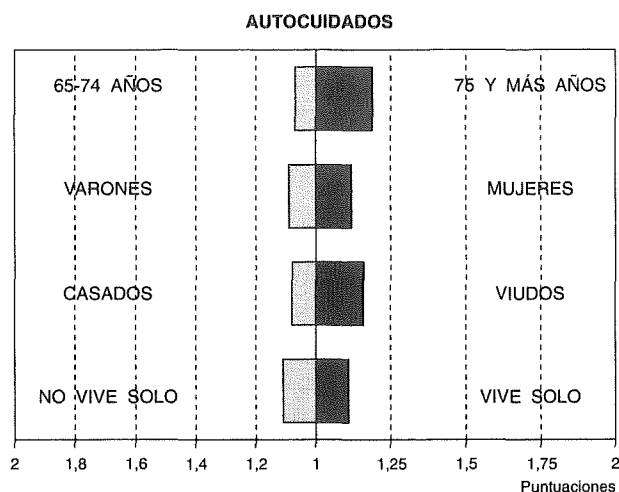


Figura 2. Escalas de Actividad según autovaloración del estado de salud

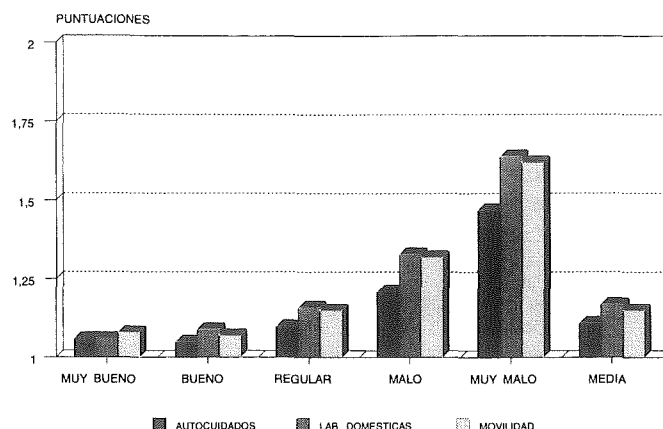
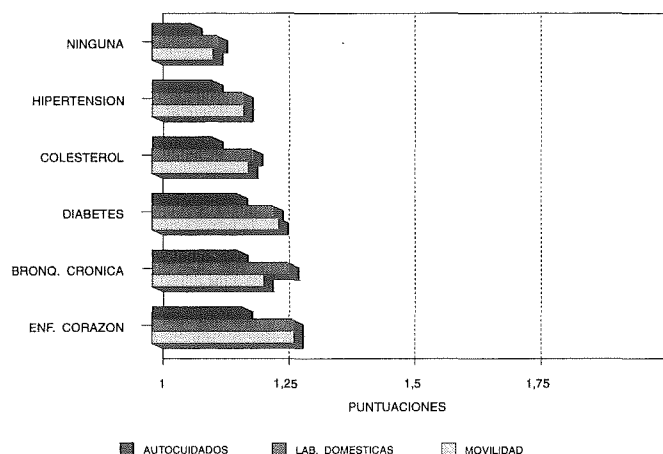


Figura 3. Escalas de Actividad según diagnóstico de enfermedad crónica



actividades debe conducir a establecer relaciones con otras variables. Para ello se emplean, no los porcentajes, sino las puntuaciones calculadas.

La Figura 1 permite apreciar la influencia de las variables demográficas (edad, sexo, estado civil y forma de convivencia) eligiendo sólo las categorías más señaladas. En los 3 grupos de actividades hay comportamientos semejantes: los ancianos mayores de 75 años (valores entre 1,20 y 1,30) son más incapaces que los menores de 75 años; las mujeres lo son ligeramente más en relación con los hombres (salvo en el caso notable de las labores domésticas); y los viudos si se comparan con los casados (1,20 y 1,13, aproximadamente). El hecho de vivir "sólo" o "no sólo" no

es una condición suficiente para diferenciar capacidad para realizar actividades, salvo en el caso de las labores domésticas (los que viven solos sufren menos incapacidad, es decir, son más autónomos).

En lo que se refiere a su relación con el estado de salud declarado (Figura 2) se confirma, en primer lugar, que cuanto peor es el estado de salud existe más incapacidad para el desarrollo de actividades, y, en segundo lugar, que, cuando la salud empeora, entre las actividades de autocuidado y las otras dos existe una mayor diferencia en su capacidad de realización. El punto de inflexión se sitúa en el estado de salud "malo". Algunas de las enfermedades más comunes entre la población vieja (o más bien síntomas crónicos de disfunciones fisiológicas) observan también una relación con la capacidad para realizar actividades (Figura 3). El viejo sano (sin enfermedad diagnosticada) es más autónomo en cualquier actividad diaria frente a los que padecen problemas de hipertensión y colesterol, y, por supuesto, en relación con los enfermos diabéticos, bronquiales o coronarios. A medida que la enfermedad tiene un carácter más severo la diferencia entre la realización de actividades de autocuidado, más sencillas, y las que implican un mayor esfuerzo físico es más apreciable.

No se observa de forma clara una relación entre incapacidad y estatus social, como tampoco entre aquélla y el tamaño de hábitat en el que viven las personas mayores.

Discusión

El primer aspecto a destacar es la valoración global de la capacidad de los viejos para desarrollar actividades de la vida diaria. Un porcentaje muy elevado de viejos no es, ni se siente, incapaz de responder a las múltiples tareas que implica el vivir cada día, tal y como se ha observado en el Reino Unido⁸ y en España^{15,16,17,18,19}. Este comportamiento se debe a dos componentes.

El primero es que la población vieja realiza un mantenimiento básico y objetivo de sus capacidades funcionales, independientemente de las condiciones de salud y los rasgos sociodemográficos. No hay que olvidar tampoco que la mayor parte de las informaciones sobre la capacidad funcional se obtienen a través de encuestas dirigidas a personas válidas y no institucionalizadas, lo que reduce el margen de encontrar población vieja con problemas de capacitación, como sucedería entre los viejos institucionalizados (hospitales, residencias). Están en dichos lugares, precisamente, por no ser "capaces" y, por lo tanto, ser dependientes. El segundo componente es de carácter subjetivo y tiene una mayor dificultad para su precisión. Existen indicios de respuestas no sinceras en encuestas sobre autonomía personal, como ha indicado Hepworth²⁰,

tales como una preocupación entre la población vieja por mantener su apariencia personal, incluida la imagen de un anciano sano, lo que de hecho significa un rechazo de la edad y del estereotipo social del viejo; o la tendencia a vigilar sus condiciones sanitarias lo que repercute en una idea de mayor autonomía, no siempre real; o, por último, el aumento de las actividades de ocio, ligadas a una imagen de envejecimiento positivo y a una confirmación de su capacidad funcional.

A pesar de estas valoraciones y de la "compresión de la morbilidad" hasta edades avanzadas⁶, lo cierto es que la capacidad funcional está afectada por la edad. Este sería el segundo aspecto. En algunos estudios se ha analizado la capacidad funcional para 5 grupos de población mayor con el fin de demostrar que, a medida que aumenta la edad, disminuye la capacidad de la persona para ejecutar tareas diarias (a mayor edad menor número de actividades desarrolladas de forma autónoma)^{15,19}. Fernández Ballesteros indica, para las tareas domésticas, que "los resultados pueden ser engañosos ya que (realizar estas tareas) implica una necesidad de ayuda, independientemente de la capacidad funcional requerida"¹⁹. Esta misma autora encuentra que no todas las actividades encuestadas responden de la misma manera con la edad. Frente a actividades rutinarias ("comer sólo" o "acudir al baño"), para las que la edad no influye significativamente, otras, más "especializadas" según tipos de personas, sí se modifican con la edad. Es el caso de "cuidar el aspecto físico", "andar", "ir de compras", "utilizar el teléfono" o "manejar dinero".

Pero debajo de este comportamiento según la edad hay otros aspectos a considerar: la influencia del género, la estructura social y el comportamiento sanitario de la población mayor. Es sabido que las mujeres viven más tiempo que los hombres. Como señala Foley¹³, la mayor parte de ese tiempo está comprometido con la incapacidad y que las enfermedades crónicas, la percepción de la salud, la morbilidad y los comportamientos sociales predicen riesgos de discapacidades funcionales entre las mujeres. Los hombres, sin embargo, tienen menos dificultades para realizar actividades que las mujeres, porque éstas suelen tener "enfermedades menores" con una frecuencia mayor, lo que reduce su capacidad para las tareas de la vida diaria, lo que se acentúa con la edad⁶. Entre las enfermedades más frecuentes de los viejos, la artritis, los problemas de hipertensión y metabolismo (más comunes entre las mujeres) juegan un papel destacado en este proceso.

Además, Verbrugge⁴ percibe como factor condicionante, no sólo los problemas de salud, sino también el rol social que la persona, por ser hombre o mujer, desempeña en la sociedad, y el estado civil. Según un estudio de la Comunidad Autónoma de Madrid "los varones se encuentran más incapacitados para realizar actividades tradicionalmente efectuadas por las mujeres y de las que los hom-

bres, más que estar incapacitados física o psíquicamente, pueden estarlo socialmente, dado su desconocimiento, inexperiencia y desmotivación en general¹⁵. Se ha señalado también que a los hombres les atañen menos estas ocupaciones domésticas por lo que tienden a demostrar menor capacidad en su realización²¹. Este es el caso de actividades como "preparar la comida", "hacer la cama" o "lavar la ropa a máquina". En cambio, aquéllas otras que implican ejercicio físico son desempeñadas con mayor capacidad por el hombre (ej., "coger el autobús", "andar una hora"), no tanto por el esfuerzo que suponen, cuanto porque responden a actividades socialmente más propias del varón⁸. Esta diferenciación tiene una consecuencia inmediata que afecta al comportamiento diario del anciano: mientras las mujeres tienden a ser más incapaces, especialmente en tareas que implican movilidad, los hombres no, y ello refuerza el esquema de relaciones y de separación de papeles sociales, el del hombre muy centrado en espacios externos al domicilio y el de la mujer al contrario²².

El estatus social no es un indicador ni definido en el corpus científico de las Ciencias Sociales ni formalizado para su medición. Así, en el caso de la ENSE93, se mide a través de la conjugación del nivel de estudios y la ocupación de cada individuo. A pesar de ello, las limitaciones más claras de las actividades diarias tienden a concentrarse "en los segmentos más pobres de la sociedad"⁷, pero no así en las actividades de cuidado personal (autocuidados), para las que la condición socioeconómica no crea diferencias apreciables. Sin embargo, el problema surge cuando se pretende asociar un nivel alto de estatus social (como ventaja comparativa) con una mejora en la capacitación para el desarrollo de actividades, hecho que no ha sido demostrado en este trabajo.

Existen también problemas en cuanto a la definición de umbrales de tamaño de hábitat ya que depende del tipo de poblamiento en cada región. No obstante, se afirma a veces que el viejo de las grandes ciudades, en general, presenta mayor autonomía para la realización de todo tipo de tareas, especialmente las que implican movilidad ("coger el autobús", por propia lógica) y otras especializadas ("lavar la ropa a máquina")¹⁵. Sin embargo, Wenger⁹ ha comprobado un mayor margen de autonomía personal en la población rural, resaltando que es más independiente en su cuidado personal, lo que puede reflejar una composición familiar y normas rurales que propician el mantenimiento de una mayor autosuficiencia e independencia, aunque su nivel de salud sea comparable al del viejo urbano. Tales afirmaciones, relativamente opuestas aunque lógicas, no se han comprobado en los resultados de la ENSE93, seguramente porque para detectar la relación entre hábitat y realización de actividades diarias se requiera una encuesta con este propósito específico.

Bibliografía

1. Bond J, Coleman P, Peace S. The study of aging. En Bond J, Coleman P, Peace S. *Aging in society. An introduction to Social Gerontology*. 2nd ed. Londres: Sage Publications, 1993: 19-52.
2. Verbrugge LM. The iceberg of disability. En Stahl SM. *Health and health care in later life*. Londres: Sage Publications, 1990: 55-75.
3. Bowling A. *Measuring health. A review of quality of life measurement scales*. Buckingham: Open University, 1991.
4. Verbrugge LM. Gender, aging and health. En Markides KS. *Aging and health. Perspectives on gender, race, ethnicity and class*. Newbury Park: Sage Publications, 1989: 23-76.
5. Liang J, Whitelaw NA. Assessing the physical and mental health of the elderly. En Stahl SM. *Health and health care in later life*. Londres: Sage Publications, 1990: 35-54.
6. Markides KS. Aging, gender, race/ethnicity, class and health: a conceptual overview. En Markides KS. *Aging and health. Perspectives on gender, race, ethnicity and class*. Newbury Park: Sage Publications, 1989: 8-21.
7. Longino Ch, Warheit GJ, Green JA. Class, aging and health. En Markides KS. *Aging and health. Perspectives on gender, race, ethnicity and class*. Newbury Park: Sage Publications, 1989: 79-110.
8. Victor ChR. *Old age in modern society: a textbook of Social Gerontology*. Beckenham: Croom Helm, 1987.
9. Wenger GC. *The supportive network. Coping with old age*. Londres: Allen and Unwin, 1984.
10. Altergott K, Duncan S. National context and daily life in later life. En Altergott K. *Daily life in later life*. Newbury Park: Sage Publications, 1988: 229-249.
11. Liang J. Self-reported physical health among aged adults. *J Gerontol*, 1986; 41: 248-260.
12. McDowell I, Newell C. *Measuring health. A guide rating scales and questionnaires*. New York: Oxford University Press, 1987.
13. Foley DJ et al. Physical function. En Cornoni-Huntley JC, Huntley RR, Feldman JJ. *Health status and well-being of the elderly*. New York: Oxford University Press, 1990: 221-236.
14. Kane RA, Kane RL. *Evaluación de las necesidades de los ancianos. Guía práctica sobre los instrumentos de medición*. Barcelona: SG Editores, 1993.
15. Comunidad Autónoma de Madrid. *Nuestros mayores. Perfil sociosanitario de la tercera edad en la Comunidad de Madrid*. Madrid: Consejería de Salud, CAM, 1989.
16. Informe GAUR. *La situación social del anciano en España*. Madrid: Confederación Española de Cajas de Ahorro, 1975.
17. INSERSO. *La investigación social sobre la tercera edad. Análisis de la situación actual*. Madrid: INSERSO, Documentos Técnicos nº 30, 1983.
18. Ayuntamiento de Madrid. *Las necesidades sociales en el municipio de Madrid*. Madrid: Ayuntamiento de Madrid, 1989.
19. Fernández-Ballesteros R. *Mitos y realidades sobre la vejez y la salud*. Barcelona: SG Editores, 1992.
20. Hepworth M. Positive ageing: emerging life-styles in middle age. En Bernard M. *Positive approaches in ageing: leisure and life-style in later life*. Stoke-on-Trent: Beth Johnson Foundation Publications, 1988: 16-29.
21. ORS-INSERM. *Conditions de vie et état de santé des personnes âgées en Ile-de-France*. Paris: ORS-INSERM, 1985.
22. Cruz J, Cobo R. *Situación social de los viejos en España*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, Estudios y Encuestas nº 21, 1990.